

受信No.

被保険者
 被扶養者

療養費支給申請書

※記号・番号の確認方法や書き方は、記入見本を参照してください

健康保険の資格情報	記号															所属またはグループ会社名(任意継続者・特例退職者は記入不要)		
														部				
														支社				
														会社	課 営業オフィス			
被保険者(本人)氏名														資格取得年月日	S・H・R	年	月	日
														資格喪失年月日	R	年	月	日

医師証明欄	★療養を担当した医師が意見を記入するところ 治療用装具、輸血代の場合のみ記入。ただし、同意書または意見書等、医師が必要と認めた証明書の添付があれば記入不要。	傷病名		発病年月日	H	年	月	日
		治療用装具の名称		必要と認めた年月日	R	年	月	日
		必要とする理由		装着年月日	R	年	月	日
		上記のとおり相違ありません 医療機関の名称・所在地 医師の氏名			令和 年 月 日 電話番号 ()			

被保険者記入欄	療養を受けた者の氏名		その者の生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	年齢	歳	被保険者との続柄		
	傷病名			◇には○を必ずして下さかい	◇左記傷病の原因は、事故によるものですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
	発病または負傷年月日	平成 年 月 日			◇左記傷病の原因として第三者(相手)はいますか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
	診療または手当の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			◇左記傷病の原因は、業務上または通勤災害ですか? <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ							
	傷病の原因(どこで、どのような状況・原因が詳しく記入)							診療または手当に要した費用の額	円			
	保険診療を受けられなかった理由(どれかに○)	治療用装具	マイナ保険証等不携帯	不携帯・他健保使用・その他の理由の場合はその理由を詳しく								
		海外で受診	他健保使用									
	上記のとおり申請いたします 併せて給付金の受領を事業主に委任いたします(注4)											令和 年 月 日
	〒 _____											
	住所											
被保険者(本人) _____												
氏名											昭和 年 月 日生 平成 令和	

- (注) 1. 各記入見本に記載の添付書類が必要です
 2. 靴型装具を申請する場合は、装具の現物写真を「靴型装具写真貼付台紙」に貼って提出してください
 3. はり・きゅう、あんま・マッサージを請求するときは、はり・きゅう及びあんま・マッサージ専用の用紙で申請ください
 4. 受領委任については任意継続者・特例退職者は対象外です(ご登録の保険料振替口座に支給します)
 5. 給付を受ける権利は、医療機関等に費用を支払った翌日から2年で時効となります
 ※ただし、喪失後受診(他の組合健保や国保等へ返納した医療費を申請する場合は)、診療を受けた日の翌日から2年

健保組合処理欄	保険給付金			区 分			給付履歴有無			備 考		
	円			療養費	本人	有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>						
				補装具	家族	年 月 日						
				その他	六歳							
			()	高一								
			()	高7								
			支 払									
									入力者・入力日			